

Povert  farmaceutica, cos  muta il quadro epidemiologico



Cresce il numero degli italiani in condizione di indigenza e marginalit  sociale che non possono permettersi di pagare i ticket sanitari, l'acquisto di farmaci e presidi non rimborsabili dal Ssn. Nel 2017 circa un terzo dei residenti in Italia   stato costretto a rinunciare, almeno una volta, ad acquistare farmaci o a sottoporsi a importanti esami diagnostici. L'identikit di chi rinuncia   ormai ben caratterizzato: sono soprattutto gli stranieri, chi ha un basso titolo di studio, chi ha pi  figli, chi vive al Sud, e ancora le casalinghe, i pensionati e i lavoratori atipici. Evitare di prendersi cura di s  comporta un rischio maggiore di ammalarsi ulteriormente con un conseguente aggravio per la spesa sanitaria pubblica.

Banco Farmaceutico, la Onlus che raccoglie farmaci destinati a queste persone, a novembre esporr  i dati e i contorni di questa emergenza, durante la presentazione del Rapporto sulla povert  sanitaria che tradizionalmente si svolge nella sede dell'Agenzia italiana del farmaco. Contestualmente, anche grazie al rapporto collaborativo istituito con Banco Farmaceutico, la [Societ  italiana di Farmacologia \(SIF\)](#) ha deciso di scendere in campo per dare vita a un Gruppo di Lavoro dedicato proprio alla Povert  farmaceutica, che trasferisca competenze e conoscenze scientifiche alle Istituzioni e alle realt  locali impegnate nel reperire e distribuire farmaci.

Sono in effetti necessari nuovi interventi da parte di chi   in grado di fornire un contributo, scientifico e/o operativo, perch  il fenomeno sta divenendo sempre pi  complesso, rispetto a soltanto pochi anni fa. Sappiamo che alla popolazione nativa indigente oggi va ad aggiungersi la quota di stranieri che approda sul nostro territorio in cerca di condizioni di vita migliori (migranti economici), oppure costretti a fuggire da guerre e persecuzioni (migranti forzati). Questa sotto popolazione sta velocemente ingrossando le fila di chi necessita di assistenza ma non ha sufficiente accesso a farmaci e terapie. Tutto ci    destinato a cambiare profondamente il quadro epidemiologico italiano, ovvero la fotografia della diffusione e della frequenza delle malattie sul nostro territorio e delle modalit  con cui insorgono. Un quadro sempre meno semplice da delineare anche a causa del fatto che la quota di migranti irregolari, non essendo inserita in alcun database sanitario o amministrativo, sfugge ai tradizionali metodi di indagine.

Nuovi studi epidemiologici dovranno, quindi, comprendere quale impatto hanno sulle malattie le differenze etniche, socio-economiche e culturali. Per anni   stato avallato il cosiddetto "Teorema del Migrante Sano" (Healthy Migrant Effect), secondo il quale gli stranieri che si muovono in cerca di nuove opportunit  di vita sarebbero in prevalenza giovani che godono di una salute migliore di quella degli omologhi nati nel Paese di destinazione. Tuttavia la letteratura scientifica pi  recente ci ha dimostrato che la differenza viene rapidamente persa con la durata della permanenza, soprattutto per il mutamento delle abitudini alimentari, per l'esposizione a sostanze inquinanti e per l'aderenza a stili di vita impropri con cui vengono in contatto al loro arrivo. Il risultato   un aumento del carico di malattie croniche non trasmissibili (Non Communicable Diseases, Ncd) che, secondo l'Organizzazione mondiale della Sanit , rappresentano attualmente la principale causa di morte, di disabilit  e di spesa sanitaria a livello planetario.

Si tratta di condizioni come le neoplasie, il diabete mellito, le patologie cardiovascolari, le malattie ostruttive

polmonari croniche e le affezioni psichiatriche. L'analisi dei database sanitari di molti Paesi europei conferma che le Ncd colpiscono in prevalenza le persone in condizioni di disagio e marginalità sociale che, spesso, rinunciano alle cure perché non in grado di pagare il ticket per l'acquisto dei farmaci e altre prestazioni mediche.

Dati preziosi a comporre una nuova epidemiologia delle NCD potrebbero arrivarci dagli Enti Caritativi che assistono gratuitamente gli indigenti, italiani e non, e tra questi anche gli stranieri irregolari. Si tratta di organizzazioni senza fini di lucro che possiedono conoscenze affidabili sui bisogni di salute e sulle necessità terapeutiche della fascia più vulnerabile della popolazione. Grazie alla collaborazione scientifica instaurata da alcuni soci Sif con il Banco Farmaceutico, che fornisce gratuitamente i medicinali a queste organizzazioni, è stato già possibile indirizzare la nostra attenzione sulla dispensazione dei farmaci usati per il trattamento di alcune patologie croniche non trasmissibili come il diabete mellito, le affezioni cardiovascolari ed il disagio psichico e i nostri dati preliminari confermano che queste condizioni rappresentano un pesante fardello di malattia tra i più poveri, con rilevanti differenze su base etnica.

Proseguendo la collaborazione con gli Enti Caritativi che operano a Milano per indagare dal punto di vista epidemiologico la popolazione assistita, abbiamo indirizzato la nostra attenzione, in particolare, sul diabete mellito di tipo 2 (T2DM) che affligge una rilevante percentuale di stranieri. Dalle nostre analisi preliminari emerge che nella popolazione migrante il T2DM sembra avere un esordio più precoce rispetto agli italiani, è meno legato all'obesità e alle malattie cardiovascolari, ma determina più frequentemente complicanze renali. Inoltre i diabetici migranti ricevono terapie anti-diabetiche meno intensive e un numero minore di farmaci per la terapia delle patologie concomitanti. Ci troviamo di fronte, con tutta probabilità, a un mutamento dell'epidemiologia del T2DM, i cui effetti saranno proporzionali all'arrivo di stranieri sul nostro territorio e le cui conseguenze diventeranno evidenti nell'arco di un breve periodo di tempo. Società scientifiche, operatori della salute e amministratori non dovranno farsi trovare impreparati, ma dovranno mettere in atto da subito le strategie necessarie per rispondere adeguatamente a questa nuova sfida. A cominciare dal garantire sostegno agli Enti Caritativi sia dal punto di vista scientifico-professionale, sia economico e della disponibilità di farmaci.

* Società italiana di Farmacologia (Sif), Dipartimento di Scienze cliniche e di comunità, Università degli Studi di Milano e Osservatorio Donazione farmaci del Banco farmaceutico

© RIPRODUZIONE RISERVATA

18 set
2018

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦

MEDICINA E RICERCA

Povertà farmaceutica, così muta il quadro epidemiologico

di Silvano G. Cella *

Cresce il numero degli italiani in condizione di indigenza e marginalità sociale che non possono permettersi di pagare i ticket sanitari, l'acquisto di farmaci e presidi non rimborsabili dal Ssn. Nel 2017 circa un terzo dei residenti in Italia è stato costretto a rinunciare, almeno una volta, ad acquistare farmaci o a sottoporsi a importanti esami diagnostici. L'identikit di chi rinuncia è ormai ben caratterizzato: sono soprattutto gli stranieri, chi ha un basso titolo di studio, chi ha più figli, chi vive al Sud, e ancora le casalinghe, i pensionati e i lavoratori atipici.

Evitare di prendersi cura di sé comporta un rischio maggiore di ammalarsi ulteriormente con un conseguente aggravio per la spesa sanitaria pubblica.

Banco Farmaceutico, la Onlus che raccoglie farmaci destinati a queste persone, a novembre esporrà i dati e i contorni di questa emergenza, durante la presentazione del Rapporto sulla povertà sanitaria che tradizionalmente si svolge nella sede dell'Agenzia italiana del farmaco. Contestualmente, anche grazie al rapporto collaborativo istituito con Banco Farmaceutico, la Società italiana di Farmacologia (SIF) ha deciso di scendere in campo per dare vita a un Gruppo di Lavoro dedicato proprio alla Povertà farmaceutica, che trasferisca competenze e conoscenze scientifiche alle Istituzioni e alle realtà locali impegnate nel reperire e distribuire farmaci.

Sono in effetti necessari nuovi interventi da parte di chi è in grado di fornire un contributo, scientifico e/o operativo, perché il fenomeno sta divenendo sempre più complesso, rispetto a soltanto pochi anni fa. Sappiamo che alla popolazione nativa indigente oggi va ad aggiungersi la quota di stranieri che approda sul nostro territorio in cerca di condizioni di vita migliori (migranti economici), oppure costretti a fuggire da guerre e persecuzioni (migranti forzati). Questa sotto popolazione sta velocemente ingrossando le fila di chi necessita di assistenza ma non ha sufficiente accesso a farmaci e terapie. Tutto ciò è destinato a cambiare profondamente il quadro epidemiologico italiano, ovvero la fotografia della diffusione e della frequenza delle malattie sul nostro territorio e delle modalità con cui insorgono. Un quadro sempre meno semplice da delineare anche a causa del fatto che la quota di migranti irregolari, non essendo inserita in alcun database sanitario o amministrativo, sfugge ai tradizionali metodi di indagine.

Nuovi studi epidemiologici dovranno, quindi, comprendere quale impatto hanno sulle malattie le differenze etniche, socio-economiche e culturali. Per anni è stato avallato il cosiddetto "Teorema del Migrante Sano" (Healthy Migrant Effect), secondo il quale gli stranieri che si muovono in cerca di nuove opportunità di vita sarebbero in prevalenza giovani che godono di una salute migliore di quella degli omologhi nati nel Paese di destinazione. Tuttavia la letteratura scientifica più recente ci ha dimostrato che la differenza viene rapidamente persa con la durata della permanenza, soprattutto per il mutamento delle abitudini alimentari, per l'esposizione a sostanze inquinanti e per l'aderenza a stili di vita impropri con cui vengono in contatto al loro arrivo. Il risultato è un aumento del carico di malattie croniche non trasmissibili (Non Communicable Diseases, Ncd) che, secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità, rappresentano

